

Cervical Spine CSST SAAQ Privé

Nom: _____ Date: _____ Date of accident: _____

Age: _____ Righty Lefty Sex: M F Occupation: _____

Diagnosis: _____

Usual activity/ pastime: _____

Positions held for long time: _____

Trauma to head LOC if yes: length of time: _____ nausea/vomiting loss of memory irritability

Hx: _____

Which movements & activities are limited: _____

PMHx, allergies: see intake _____

Past Surgeries: see intake _____

Radiological tests: X-Ray: _____ MRI: _____ Other: _____

Meds: voir intake aucun _____

Pain:

1-10 scale: _____ Duration: _____ Periodic: _____ Constant: _____ Intermittent: _____

Headaches: Where: _____ Intensity: _____ Frequency: _____ Duration: _____ Dizziness Vertigo

Fainting Radiation: _____ P&N: _____ Numbness: _____ Deep Superficial Shooting

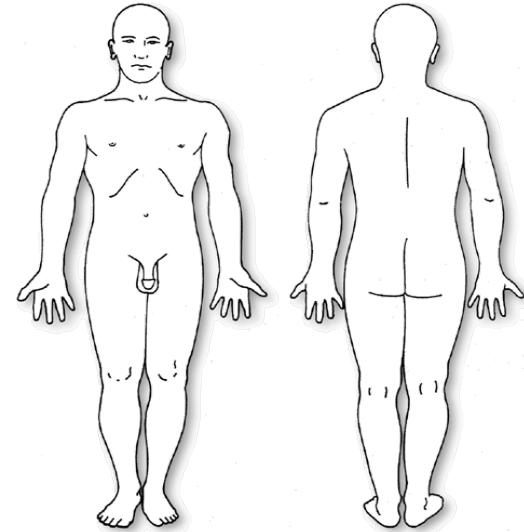
Burning Aching Improving Worsening Same me réveille la nuit m'empêche de dormir Sleeping Position: _____
& type of pillows: _____ Mattress: _____

Pain with: Laughing Coughing Sneezing Location: voir diagramme _____

Posture/Observation: Shlder level: Right lower higher than left rounded shoulders Prot Cx

Rectitude colonne Cx Dx Lx Tilt: Dt Gche: _____

Hypertonie de la musculature Cx trap sup Dt Gche SCM Dt Gche Scalene ant
 mid post Lev scap Dt Gche Ceinture scap Dt Gche autre: _____



DLR	détails	↑	↓	φ	DLR	détails	↑	↓	φ
Assis					Ext				
Debout					Torsion				
Supine					Defecation				
Prone					Toux				
Flx					Conduire				
Chaud					lire				
Froid									

T°C: <input type="checkbox"/> no ↑ or ↓ <input type="checkbox"/> Autre: _____	Atrophie: <input type="checkbox"/> aucune	Oedeme: <input type="checkbox"/> aucune
Peau : <input type="checkbox"/> aucune ecchymose	Difformité : <input type="checkbox"/> aucune	Cicatrice : <input type="checkbox"/> aucune

Reflexes : présents et symétrique (P+S) difficile à illiciter (DàE):	Biceps(C5-C6): D: _____ G: _____	Brachioradialis(C5-C6): D: _____ G: _____
	Triceps(C7-C8): D: _____ G: _____	Babinski: D: _____ G: _____ Clonus: D: _____ G: _____

Cervical Spine **CSST** **SAAQ** **Privé**

		AROM	PROM	ResROM	Myotome
Lower Cx-Spine		flx			C1,C2
Ext					
S.F. right					C3
S.F. left					C3
Rot'n right					
Rot'n left					
Shoulder		flx			
Ext					
Elevation					C4
Abd					C5
Add					
IR					
ER					
Elbow		flx			C6
Ext					C7
Wrist		flx			C7
Ext					C6
Add					C8
Abd					
Hand		fist			
Thumb extension					C8
Finger spread					T1

Special Tests: Vertebral artery test: -ve +ve n/a Valsalva Test : -ve +ve n/a

Foraminal Compression test: _____ Distraction Test: _____ Cervical Quadrant Test: ULTT1 (median): _____

ULTT2a (median): _____ ULTT2b (radial): _____ ULTT3 (ulnar): _____ T.O.S.: Allen: _____

Adson: _____ Costoclavicular: _____

Autre: _____

Dermatomes: C3: _____ C4: _____ C5: _____ C6: _____ C7: _____ C8: _____ T1: _____

Niveau Vert	P/A	douleur	Restriction mobilité	Autre	Niveau Vert	P/A	douleur	Restriction mobilité
C2 Gr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	SP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune		C7 Gr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	SP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune
	TPG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune			TPG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune
	TPD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune			TPD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune
C3 Gr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	SP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune		T1 Gr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	SP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune
	TPG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune			TPG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune
	TPD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune			TPD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune
C4 Gr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	SP TPD TPG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> leg <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sev <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> leg <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sev <input type="checkbox"/> non	Muscle	ParaDx	ParaLx	<input type="checkbox"/> des lombes	Pyramidal
C5 Gr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	SP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune			D : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune	D : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune	D : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune
	TPG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune			Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	TPD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune			G : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune	G : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune	G : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune
C6 Gr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	SP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune			<input type="checkbox"/> lég. <input type="checkbox"/> sév. <input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> lég. <input type="checkbox"/> sév. <input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> lég. <input type="checkbox"/> sév. <input type="checkbox"/> aucune
	TPG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune			Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	TPD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère			Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non